

## A kontrolling bevezetésének tapasztalatai

Papp Péter, Nagykanizsa Megyei Jogú Város Kórháza

**Mint egy vidéki kórház gazdasági igazgatója, évek óta alkalmazom a mindennapi munkám során a kontrolling rendszer több elemét. A kontrolling rendszer bevezetése során szerzett tapasztalataimat, valamint az alkalmazás során megfogalmazódott gondolataimat szeretném közzétenni abban a hiszemben, hogy ez a vélemény esetleg némely kontrolling rendszer bevezetését tervező kollégámnak hasznosítható információval szolgál.**

**Az elmúlt években a tulajdonosi szemlélet erősödése mellett a legnagyobb „hasznot” a kontrolling rendszer bevezetése hozta az egészségügyi intézmények gazdálkodásában. A kontrolling rendszer bevezetését szorgalmazó tanácsadó cégek elsődleges példái az ipari termelésben történt alkalmazás gyakorlati hasznát mutatták be. Majd amerikai tapasztalatok szerint a kontrolling rendszer, mint vezetői eszköz az iparból a szolgáltatási szférán keresztül jutott az egészségügybe, s azóta az egészségügyi ellátó-szolgáltató intézmények is haszonnal alkalmazzák.**

Kórházunk, a nagykanizsai Megyei Jogú Város Kórháza, az új finanszírozási rendszer 1993. évi bevezetését követő éveket nehezen élte át. Ágyszámunk és szakmai összetételünk a megyei kórházi szinthez közeli, s ezzel szemben besorolásunk városi kórházi volt, ami alulfinanszírozottságot idézett elő.

Mindenfelé (minisztérium, egészségbiztosító pénztár, ÁNTSZ, helyi és megyei önkormányzat, ...) megfogalmazott panaszaink meghallgatásánál többre nem jutottunk. A Világbanki informatikai pályázat során kerültünk kapcsolatba egy tanácsadó céggel, a tulajdonos önkormányzat pedig a felgyülemlett adósság miatt rendelt ki egy másik átvilágító céget, míg mi, a kórház vezetése, látva, hogy „ritmust kell váltani”, kértünk fel egy harmadik tanácsadó céget. A három tanácsadó mindegyike a kontrolling rendszer alkalmazását javasolta. A három javaslat abban tért csak el egymástól, hogy melyik célt, elemet tartotta elsődlegesnek.

A bevezetést megelőző döntés során elvi kérdés volt, hogy melyik célt favorizáljuk (bevétel növelése, költségek csökkentése, eredmény javulása, kapacitás kihasználása, ...) és a favorizált célhoz milyen küszöbértéket rendelünk. A finanszírozási rendeletek gyakori változása, a kórházi struktúraváltás nehézsége, a betegösszetétel időszakonkénti eltérése, a munkatársaink orientáltsága, mind-

mind befolyásolták a menedzsmentet, hogy az eredmény javulás érdekében mikor melyik tényezőre (bevétel-kapacitás-költség-eredmény) mekkora hangsúlyt fektessen. A most már többéves működés során a meghatározott célok fontossági sorrendjét időről időre megváltoztattuk és a mellérendelt küszöbértékek, elvárások abszolút értékét és a különböző szakterületek és ellátási formák egymáshoz viszonyított arányát is korrigáltuk.

A három javaslatból kialakított és majdan bevezetett rendszer segítségével értük el, hogy finanszírozási változások, kórház rekonstrukció, ágyszám leépítés ellenére nincs kifizetetlen számlánk, s minden évben tudunk valamilyen összeget biztosítani saját forrásból is a szakmai fejlesztésre, szintentartásra.

A kontrollingról, mint intézményi szintű vezetői eszközről beszélünk. Ez a tulajdonosnak jószerevével elegendő is: intézményi szinten a megfogalmazott célok teljesültek, a működés gazdasági alapjai biztosítottak.

Az intézményvezető részére ennél sokkal több információra van szükség. Az intézményi terv nem más, mint az intézményen belüli részegységek terveinek összessége. Az intézményvezető fő feladata, hogy az egységek részére teljesíthető reális tervet állítson össze, s ezek összessége a tulajdonosi elvárásoknak feleljen meg, biztosítsa a kórház szakmai fejlődését és stabil működését. Az osztályos tervek kialakítása nem egyszerűen a kórházzal szemben megfogalmazott elvárások részegységekre bontása. Ez sokkal körültekintőbb munkát igényel. Egy kórházi osztály esetében a kapacitások megváltoztatása – legyen szó akár ágyszámról, akár humán erőforrásról – nehézkes, a teljesítmények befolyásolhatósága sok tényező függvénye, az árbevétel pedig egy-egy rendelet megváltoztatásával 10-30%-ot is változhat egyik napról a másikra. A gazdasági eredményesség irányába ható tervezést nehezíti, hogy a kapacitás csökkentése vagy növelése nem eredményez lineáris költségváltozást, míg a teljesítmény és bevétel változásnak csak a lehetőségét teremti meg, vagy korlátozza.

Az osztályos tervek elfogadtatásában és teljesítésében óriási szerepe van a szubjektív elemeknek. Ez szakterületenként, kórházanként és vezetőnként más és más erősségű. Ezen túlmenően, amíg kórházi szinten az évközi változások kiegyenlíthetők, addig egy-egy osztály, szakterület esetében pl. egy HBCS módosítás minden tervezést felül írhat.

Ami már az IME-ben (Informatika és Menedzsment az Egészségügyben) megjelent cikkekben és a korábbi jól sikerült konferenciák előadásain is visszaköszönt, hogy a kontrollingnak kétféle megközelítése van. Az egyik az elméleti, a másik gyakorlati. Ez a kétféle, egymástól többé-kevésbé elkülönülő megfogalmazás az előadó vagy a cikkíró helyzetéből fakad, azaz, hogy kinek mi a célja. Az elméleti szakember egy elméletben jól működő és hasznos rendszert mutat be, míg a gyakorlati alkalmazó a maga területén bevezetett, az elmélettől a helyi adottságok (szervezeti rendszer, személyi kötöttségek) figyelembe vételével kissé korrigált rendszert ismertet.

Egy kórházi alkalmazónak elsődleges célja, hogy minél előbb kézzel fogható eredményt érjen el a lehető legkisebb ráfordítással, s a lehető legkisebb belső konfliktus gerjesztésével. Ezért sincs arra ideje és módja, hogy egy új szervezetet hozzon létre, azt illessze be a meglévő struktúrába, ahhoz külső elméleti szakembereket keresen, s mindehhez helyet biztosítson. A kontrolling egészségügyi elterjedésének korai szakaszában a legtöbb egészségügyi intézmény fő érve a bevezetés mellett az volt, hogy a működés gazdasági helyzetét stabilizálja a gyakori finanszírozási szabályok változása és a néha egymásnak is ellentmondó szakmapolitikai és tulajdonosi elvárások közepette. A bevezetés gyakran úgy kezdődik el, hogy van egy kontrolling alkalmazására megnyert, elkötelezett és a kórház felé is lojális munkatárs. Ez legtöbbször az egyik kórházi vezető. Már az is különbséget idéz elő, hogy orvos vagy gazdasági szakember a kezdeményező, mert mindegyikük másra helyezi a hangsúlyt. Ez a kórházi vezető megfogalmazza és elfogadtatja a célt, aminek eléréséhez megkezdi a szervezőmunkát. Ez leginkább abból áll, hogy kiválasztja az alkalmasnak vélt munkatársakat, akivel szemben a kontrolling ismeretén túl elvárás, hogy a kórházi helyismeret mellett orvos esetében számviteli fogékonysága, számviteli szakembernek pedig egészségügyi jártassága kell, hogy legyen a számítástechnikai ismeretek mellett.

Egy elméleti szakember a kontrolling szervezetet elhelyezi a kórházi struktúrában, s esetleg még a kórházi struktúrát is hozzá igazítja a kontrolling elvárásaihoz. Ebben az önálló egységben minden adatot elő kell állítani és vissza lehet kérdezni azok valóságára, majd megfelelő értelmezés és feldolgozás után van mód a következtetések levonására.

A gyakorlati alkalmazó meglévő kórházi szakembert „képez át” kontrollerré, akik saját munkaterületükön már bizonyítottak. Megkeresik a kórházban meglévő, ellenőrzött és valamilyen struktúrában már gépre vitt adatokat. Ezekből képeznek mutatókat, ezekből vannak le következtetéseket, melyek a kórház „felfordítása” nélkül eredményezik a kórház folyamatos mozgásban tartását, eredményes működését.

Az való igaz, hogy némely kórházban működő kontrolling rendszer valójában csak annyira kontrolling rendszer, amennyire minden szervezet irányítási és vezetési eszköz kontrollingnak nevezhető.

Az intézményvezető és a kontroller személyének különválására fontos befolyásoló az intézmény nagysága, de az intézményvezető és a kontrolling vezető személyének különállósága és kapcsolata meghatározó a kontrolling munka minőségére. Ha egy személy tölti be mindkét funkciót, akkor a kontrolling rendszer leszűkülhet a csak a vezetőt érdeklő, a csak a vezetőnek fontos kérdések megválaszolására, a saját igazának bizonyítására. Ebben az esetben az elvárásait nem igazoló állítások elkallódhatnak a fontosságuktól függetlenül. Amennyiben külön személy a kontroller, akkor minden kérdéskör megválaszolást nyer, ami a teljes körűség irányába, a mind jobb eredményesség felé mutat.

Ma azt a szubjektív elemet, hogy mi az intézményvezető érdeke, nem hagyhatjuk figyelmen kívül. S ez néha a kontrolling irányultságára és a levont/levonható következtetések arányára is kihat. A jó tulajdonos szerepe itt döntő, hogy megpróbálja egy érdekeltségi rendszerrel az intézmény és az intézményvezető érdekeit közelebb hozni egymáshoz.

A kontrolling önálló szervezeti egységként való működtetése több oldalról is indokoltnak látszik. Az előbbi vezetői szétválasztáson túl a vezetői és a pénzügyi számvitel szétválasztása is fontos. Amíg a pénzügyi számvitel egy törvényre és kormányrendeletre épülő országos rend szerint működik és az intézményi elszámoltatás és ellenőrzés a célja, addig a kontrolling alapját képező vezetői számvitel a pontos és gyors információ rendelkezésre állását biztosítja a megfelelő döntések előkészítéséhez.

Az intézményi beszámoló fő hiányossága, hogy pénzforgalmi szemléletű, azaz minden eseményt a számla kifizetéséhez köt. Márpedig egy anyag felhasználása nagyon eltérhet a számla kifizetésétől. Nagyobb baj, hogy valójában az intézményi beszámoló az eredeti céljának sem felel meg, s a benne rejlő információt sem használják a vezetők, pedig azért sok valós adatot tartalmaz. Sok következtetést le lehetne vonni az idősoros adathalmazokból, amelyek a beszámolókból kiolvasható lenne. Erre egy jó példa a két-három évvel ezelőtti történet, hogy a minisztérium nem ismerte az egészségügyi dolgozók létszámát, pedig ez is benne van összesítve is és szakfeladatonként is az éves beszámolókból, hogy az egyéb statisztikai jelentésekről ne is beszéljünk. Sajnálatos, hogy a kórházakban nem kis munkával, a beszámoló időszakában sokszor túlórázva elkészített költségvetési beszámoló sem az intézményben, sem a tulajdonosnál nem hoz hasznot. De a fenti példából és a sok évközi adatgyűjtésből kiderül, hogy a kincstárban, a pénzügyminisztériumban és a szakminisz-

tériumban sem ismerik és használják a költségvetési beszámolót.

Intézményvezetői szinten az a gond a beszámoló rendszerrel kapcsolatban, hogy a benne szereplő adatok az időeltolódáson túl sokszor az adatstruktúra miatt sem alkalmasak a hatékony kontrolling rendszerben továbbfeldolgozásra. A jó vezetői kontrollinghoz megfelelő szerkezetű gyors és pontos adatok kellenek. Ehhez azonban előre meg kell határozni a megfelelő adatstruktúrákat, mert az utólagos adatgyűjtés mindig többletmunkát jelent és a pontossága is megkérdőjelezhető.

Az is az intézmények javát szolgálná, ha több intézmény hasonló adattartalommal, adatstruktúrával dolgozna a kontrolling rendszerben, mert így az esetleges adatcserével korrekten összehasonlítható lenne egy-egy kórház hasonló osztálya. Pl. napjainkban is eltérés van abban, hogy mit számolnak el gyógyszerként a kórházakban (tablettás gyógyszer, infúzió, vegyszerek, kötszerek, kontrasztanyagok, élelmezést pótlók). Orvos létszámban, bérköltségben, átlagbérben jelent eltérést, és teszi lehetetlenné az összehasonlítást, ha nem tisztázzuk, hogy a kórházak humán egészségügyi szolgáltatásként „mit vásárolnak” és azt hova számolják el.

A kórházak belső egységeinek tervezését könnyíti meg, illetve a szubjektív differenciálás lehetőségét szűkíti, ha korrekt társkórházi összehasonlító adatokkal rendelkezik a kontroller.

Ugyanakkor fontos követelmény a kontrolling rendszerénél, hogy a tervezés és teljesítmény és költség elszámolás megegyező struktúrában készüljön.

A kontrolling a korszerű vezetés eszköze. Ennek megfelelően tartalmaz nagyon sok ellenőrzési funkciót is. Ez jól működik a folyamatba épített ellenőrzés elemeként. Ugyanakkor a kontrolling rendszerben fellelt hiányosság újabb célvizsgálatot, belső ellenőrzést indukálhat. Ennek használata a vezetői munkában nagyon fontos. Ugyanakkor más vizsgálatok esetén a kontrolling rendszerből nyerhetünk vizsgálati eredményt.

Ahogy a következő időszak szabályozási feladata, hogy a kötelező költségvetési terv és beszámoló készítés és a kontrollingban használt ún. kontrolling számvitel közelebb kerüljön egymáshoz, ugyanígy egységesen tisztázásra vár az intézményekben meglévő ellenőrzési feladatok összehangolása is (állami számvevőszék-kincstár-tulajdonosi átfogó pénzügyi-gazdasági ellenőrzés-belső ellenőr alkalmazása, kontrolling ellenőrzési funkciói...). Az e területen végzett munkák nem csak többletfeladatot jelentenek, hanem az értelmes munka hitelét is rontják.

A bevezetett kontrolling rendszertől azt várjuk el, hogy a gazdasági stabilizálás növelésével a kórházak működését segítsék elő. Ehhez pedig következetességre, egy tervezési időszakot átívelő jogszabályi stabilitásra és több intézmény által is használt adatstruktúrára van szükség.

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Papp Péter** Nagykanizsa Megyei Jogú Város Kórháza gazdasági igazgatója. 1950. november 28-án született Nagykanizsán. A helyben megszerzett érettségi után műszaki főiskolát, majd levelező tagozaton a Pénzügyi és Számviteli Főiskolát végezte el. A keszthelyi Festetics Kastélyban szer-

zett költségvetési gyakorlatot, mint gazdasági-műszaki igazgató. Innen került pályázat útján az egészségügybe, s lett a keszthelyi kórház gazdasági igazgatója 10 évig. Ekkor szerezte az egészségügyi menedzseri oklevelet, majd az egészségügyi szakközgazdász képesítést. 1996 óta jelenlegi munkahelyén, szülővárosában a kórház gazdasági igazgatója. Az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületében régióvezetőként dolgozik.